Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 25 września 1880. **№ 39.** Rok XIX.

I. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisal Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Porażenie połowicze jest następstwem upośledzenia lub zniesienia czynności właściwych ośrodków ruchowych, a przyczyna anatomiczna jego w dwojakim stósunku zostaje do kiły i albo jest zmianą kiłową albo jest tylko następstwem zmiany kiłowéj. Mamy zatém porażenia kiłowe połowicze bezpośrednie i pośrednie czyli następowe.

Lubo nad tymi stósunkami zastanawialiśmy się już dawniéj, ze względu na ważność przedmiotu pozwolę sobie jeszcze kilka uwag dorzucić.

Porażenie połowicze jest po prostu tylko zboczeniem czynnościowém, które jest następstwem zmiany anatomicznéj usadowionéj w pewném miejscu w mózgu bez względu na jej rodzaj.

Jeżeli przeto podczas kiły mózgowéj zmiana swoista kiłowa, np. kilak lub właściwe stwardnienie, zajmuje pewną część mózgu, powstaje porażenie połowicze, które, w najściślejszém tego wyrazu znaczeniu, jest kiłowém, bo jest następstwem fizyjologiczném i bezpośredniém zmiany kiłowéj. Jeżeli przeciwnie zmiana kiłowa, np. w oponach, uciśnie tętnicę doprowadzającą krew do téj części, któréj nadwerężenie pociąga za sobą porażenie połowicze, wtedy oczywiście to porażenie, jako następstwo z początku nieodżywiania a późniéj rozmiękczenia czyli przerwy w odżywianiu pewnéj części mózgu, nie jest skutkiem bezpośrednim zmiany kiłowéj, ale raczéj skutkiem niedostatecznego lub całkiem wstrzymanego dopływu krwi ze strony zmiany kiłowéj może w odległém miejscu, skutkiem, który pojawi się przy każdém wstrzymaniu dopływu krwi tętniczéj z innych przyczyn np. zatoru tętnicy. W ten sam sposób będzie porażenie połowicze zostawać tylko w pośrednim stósunku do kiły, jeżeli powstało skutkiem opisanych zmian kiłowych w tętnicach i wstrzymanego lub przynajmniéj upośledzonego dopływu krwi do pewnych części mózgu. Takie porażenia połowicze zowiemy porażeniami kiłowemi pośredniemi, bo ich przyczyną odleglejszą jest kiła a przyczyną bezpośrednią zmiana anatomiczna, przez kiłę wprawdzie wywolana ale nie mająca w sobie nic zresztą kiłowego, kile jedynie właściwego.

Przebieg porażenia kiłowego połowiczego jest dwojaki: albo nagły u chorych, którzy przedtém żadnego zboczenia ze strony mózgu nie okazywali albo poprzedzony innemi przypadami mózgowemi. Przypadki drugiego rodzaju są o wiele częstsze.

Do przypadów poprzedzających porażenie połowicze kiłowe liczymy przedewszystkiém ból głowy ze znakami dawniéj już przez nas podanemi, którémi są: nadzwyczajna gwałtowność, pogarszanie się w nocy, opór przeciw zwykłym środkom, długie trwanie.

Co do ostatniego, ból głowy poprzedzający porażenie, o którym mowa, trwa nieraz do kilku i kilkunastu miesięcy w rzadkich tylko razach kilka dni lub na odwrót kilka lat.

Jestto przypad nadzwyczaj ważny, bo częsty i wybitny, który sam przez się szczególniejszą winien na siebie zwrócić uwagę lekarza, a jako zwiastujący nieraz groźne niebezpieczeństwo skłonić go do rychłéj i energicznéj terapii.

Inne przypady są rzedsze, nie tak też ważne i wybitne, są niemi: zawrót głowy, ogólne osłabienie, zmniejszenie energii władz psychicznych, bystrości wzroku i słuchu, przemijające osłabienie ruchów w odnogach osobliwie tych, które potém mają być porażone, mrowienie, uczucie zimna, bólu, porażenia lub przynajmniéj niedowład mięśniów ocznych osobliwie tych, które zaopatruje nerw okoruchowy, wymioty, osłabienie pęcherza moczowego i popędu płciowego, pomazania nocne itd. W wielu bardzo przypadkach lekkie i przelotne porażenie połowicze jest poprzednikiem porażenia stałego, które w wielu przypadkach opiera się statecznie wszelkiéj nawet najenergiczniejszéj terapii.

Porażenie połowicze kiłowe rozpoczyna się albo nagle

albo powoli. Najczęściéj nagle i to albo atakiem apoplektycznym z utratą oczywiście przytomności i innemi znanemi objawami, co się dzieje w ogólności w kile mózgowéj bardzo rzadko, albo rażeniem wprawdzie także nagłém ale objawiającém się tylko nagłém osłabieniem wszystkich prawie władz fizycznych bez utraty wszakże przytomności, tak że chory nie tylko z samego zaraz początku uchronić się może łatwo od upadku, ale i najdokładniéj jest w stanie późniéj opisać, w jaki sposób uległ porażeniu.

Jeżeli porażenie połowicze rozpoczyna się powoli, chory z początku czuje tylko osłabienie w jednéj połowie ciała, osłabienie to wzmaga się powoli i prowadzi dopiero po jedném, dwóch lub trzech dniach do porażenia. W niektórych przypadkach postrzegano występowanie porażenia połowiczego częściami, np. w jednym dniu uległa porażeniu noga, w drugim ręka, w trzecim połowa twarzy itd. Porażenie połowicze raz już wystąpiwszy albo okazuje się zaraz w całéj swéj pełni i odtąd bądź się nie powiększa wiele, bądź nawet z biegiem czasu powoli zmniejsza albo przeciwnie wzmaga się co do stopnia i rozległości.

Pod względem właściwych cech porażenia, o którém mowa, ściśle biorąc nie ma ani jednéj, którąby wyłącznie porażenie połowicze kiłowe odznaczała, jeżeli jednak przypatrzymy się uważnie znaczniejszéj liczbie odpowiednich przypadków, dostrzeżemy między niemi rozmaite przypady częściéj od innych powtarzające się, a zatém lubo kile niewłaściwe, przecież w porażeniach kiłowych częstsze niż w porażeniach połowiczych z innéj przyczyny. Przypadami temi są: pod względem ruchu niezupełność porażenia co do stopnia. Porażenie kiłowe absolutne jest bardzo rzadkie. W znacznéj stósunkowo liczbie widziałem tylko jedno a i to powoli przemieniło się w porażenie niezupełne. Daléj porażenie bardzo lekkiego stopnia, tak że je zaledwie wprawne oko lekarza dostrzega tém więcéj, że chorzy nie uskarżają się nieraz wcale na niedowład tylko na pewne osłabienie, pewną niezręczność i sztywność w ruchach. Nakoniec porażenie połowicze kiłowe co do rozległości najczęściéj bywa tylko częściowe, nagabując w bardzo nierównym stopniu twarz, odnogę dolną i górną tak, że gdy w jednéj z tych trzech części porażenie może być znacznego nawet stopnia, w innych zaledwie dostrzegać się daje. Według moich postrzeżeń najczęściéj i najmocniéj ulega porażeniu odnoga górna, rzedziéj twarz, najmniéj noga, coby do pewnego stopnia, oczywiście wszakże nie charakterystyczną, stanowiło różnicę od porażenia połowiczego skutkiem krwotoku, gdzie także najmocniéj podlega porażeniu ręka ale za to twarz w niskim zazwyczaj stopniu i na krótki tylko czas okazuje znane powszechnie skrzywienie.

Zboczenia w zakresie czucia nie trafiają się ani tak często ani w tym stopniu co zboczenia w ruchu właśnie co omówione. W wielu przypadkach nawet ciężkich ukazują się tylko na krótki czas, w innych występują wprawdzie połowiczo ale nie dosięgają wysokiego stopnia i łatwo przy powierzchownem badaniu ujść mogą uwadze. Rzadko bardzo obserwowano czucie przewrotne, gdzie chorzy ciepło brali za zimno i odwrotnie.

Zboczenia psychiczne towarzyszą najczęściéj porażeniom połowiczym kiłowym; w wielu atoli przypadkach brakuje ich całkowicie. Co do rodzaju są one najrozmaitsze, przeważnie atoli polegają na obniżeniu władz psychicznych jak zmniejszeniu pamięci i pojętności, zmniejszeniu energii i szybkości myślenia, osłabieniu logicznego związku tak między słowami jak i czynami, obojętności na to, co zwykle chorych zajmowało i zajmować było powinno itd.

Zboczenia psychiczne albo poprzedzają porażenie połowicze albo dopiero wraz z niém się rozwijają. Pod względem stopnia przedstawiają nader wielką rozmaitość i gdy w jednych przypadkach nabierają znaczenia ciężkiéj choroby umysłowéj, w drugich są jakby tylko dodatkiem do porażenia, w innych wreszcie tak są nieznaczne, że podpadają uwadze tylko tych osób, które dawniéj dobrze chorych znały, a tém samém mogą ocenić zaszłą w ich życiu psychicznėm zmianę.

Prócz tych najrozmaitsze inne jeszcze zboczenia czynnościowe ze strony układu nerwowego towarzyszyć mogą przerzeczonym porażeniom kiłowym; wymienimy tu tylko ważniejsze: opóźnienie w oddawaniu stolca, osłabienie pęcherza moczowego, zniknienie lub zmniejszenie popędu płciowego, według moich postrzeżeń częste porażenie mięśniów ocznych, mianowicie zależnych od nerwu okoruchowego osobliwie mięśnia podnoszącego powiekę górną i zwężającego tęczówkę, skurczenia mięśniów porażonych w odnogach osobliwie w górnéj, porażenie odnóg dolnych jako przypad zmiany w rdzeniu pacierzowym.

Pod względem tak naukowym jak i praktycznym bardzo ważném jest pytanie, czy porażenie kiłowe połowicze ma w sobie coś właściwego, pocémby je poznać i od porażeń połowiczych z innéj przyczyny na pewne odróżnić można. Ponieważ porażenie połowicze, jak każde inne zboczenie czynnościowe w układzie nerwowym, jest wyrazem nie rodzaju, lecz tylko miejsca zmiany anatomicznéj, przeto już z góry w porażeniu połowiczém kiłowém nie można się bezwarunkowo niczego spodziewać, coby temu porażeniu wyłącznie było właściwego, coby je cechowało.

Jeżeli zatém w porażeniu samém nie ma nic, coby mogło wyłącznie należeć do kiły, zapytajmy się, czy w przebiegu czy w zbiorze przypadów czynnościowych towarzyszących porażeniu połowiczemu nie ma czegoś, po czémby z pewnością lub przynajmniéj podobieństwem do prawdy można rozpoznać kiłową naturę porażenia. Pod tym względem uczy doświadczenie, iż przed porażeniem połowiczém kiłowém nie zawsze wprawdzie lecz przynajmniéj bardzo często pojawiają się zboczenia czynnościowe, któreśmy już dawniéj odnieśli do kiły, a temi są ból głowy o pewnych znamionach, porażenia przelotne, napady epileptyczne, objawy, które wprawdzie ukazać się mogą przed porażeniem i z innych przyczyn, które atoli najczęściéj są objawem kiły mózgowéj, a zatém wystąpiwszy przed porażeniem połowiczém nasuwają zaraz podejrzenie kiły.

W samém porażeniu zasługuje na uwagę wystąpienie tego zboczenia bez napadu apoplektycznego, z zachowaniem przytomności lub powolne powiększanie się porażenia, nakoniec jego niezupełność tak co do stopnia jak i rozległości z jednéj strony, a z drugiéj pojawienie się pewnych przypadów, że się tak wyrazimy dla porażenia połowiczego zwykłego zbytecznych, jak mianowicie porażenia mięśniów ocznych, przypadów jakoby rdzeniopacierzowych co wszystko sprawia, że te porażenia nie są czyste. Jeżeli takie przeto porażenie połowicze porównamy z porażeniami połowiczemi, np. w krwotoku do mózgu lub zatorze tętnicy, pokaże się zaraz w statystyce różnica, bo w tych chorobach porażenie połowicze najczęściéj bywa czyste; co do stopnia swego w różnych częściach porażonych według pewnéj reguły różne i tak stereotypowo powtarza się to, że porażenie ręki

jest najcięższe, lżejszém nogi, najlżejszém twarzy. Różnica pod tym względem od porażeń połowiczych zwykłych równie jak obecność przypadków „zbytecznych“ bardzo przeto mocno przemawiają za kiłą, która właśnie z powodów swych stosunków anatomicznych, na wstępie do niniejszéj pracy omówionych, może być powodem tak odmiennych porażeń połowiczych.

Daléj za naturą kiłową danego porażenia połowiczego przemawiają poprzednie objawy kiły, obecność innych zboczeń kiłowych, osobliwie w skórze, kościach, jądrach, wiek chorego i do pewnego stopnia leczenie.

Przejdźmy po kolei te okoliczności.

Poprzednie objawy kiły badaniem przedmiotowém zazwyczaj trudne są do wyśledzenia, bo co najwięcéj można znaleść np. na częściach płciowych tylko ślady i to wątpliwe przebytéj kiły; trzebaby przeto spuszczać się na anamnezę, a co pod tym względem znaczą zapewnienia, zaręczenia, zaklinania się chorych, wiadomo dobrze każdemu lekarzowi praktycznemu. Na poprzednie przeto objawy kiły w rzadkich tylko i wyjątkowych przypadkach można coś rachować.

Bez porównania ważniejsza jest obecność obok porażenia połowiczego innych zmian kiłowych: tylko że ta obecność nie jest tak częsta, jak to podaje Heubner. Na podstawie moich postrzeżeń mógłbym nawet bez przesady powiedzieć że przypadki porażenia połowiczego obok zmian innych kiłowych są w mniejszości. Tam gdzie są, mamy ważny powód do przypuszczenia, iż dane porażenie połowicze polega na kile, oczywiście uwzględniwszy dokładnie wszystkie inne okoliczności z badania przedmiotowego wypadające; tam zaś gdzie ich nie ma tak bezwarunkowo na téj tylko podstawie kiły nie wyłączymy. Pamiętać także o tém należy, że porażenie połowicze trafić się może bez wpływu kiły u kiłowego i że zatém obecność innych objawów kiły sama przez się nie wystarcza do uznania za kiłowe porażenia połowiczego.

Szczególniejszego znaczenia jest wiek chorych. Jak wiadomo, zwykłe porażenia połowicze trafiają się najczęściéj w wieku późniejszym, po 50 roku życia. Przyczyna tego zjawiska, dostatecznie przez statystykę stwierdzonego, tkwi w tém, że porażenia połowicze są najczęściéj skutkiem krwotoku do mózgu, a krwotok ten następstwem przedewszystkiém chorobowych zmian w tętnicach, które rozwijają się i doprowadzają do pęknięcia naczynia dopiero w wieku późniejszym.

Porażenia połowicze skutkiem zatoru w tętnicach są rzedsze wprawdzie, ale średnio pojawiają się w wieku wcześniejszym niż krwotoki do mózgu a to dla tego, że są następstwem zazwyczaj wad serca, a te znów skutkiem gośćca stawowego, który wprawdzie pojawia się zazwyczaj poraz pierwszy we wieku młodszym, lecz prowadzi do wad, które są powodem embolii zazwyczaj po jakiémś dopiero czasie. Zresztą wykazanie wady serca odpowiedniéj w porażeniu połowiczém zwykłém przemawia bardzo za emboliją jako przyczyną. Wyłączywszy zatém przypadki jasne za zasadę przyjąć można, że. jakeśmy to już powiedzieli, porażenia połowicze zwykle rozwijają się dopiero w wieku późniejszym. Otóż wprost przeciwnie dzieje się z kiłą, jak tego dowodzi najlepiéj statystyka przez Fourniera na 60 przypadkach zebrana, według któréj porażenie połowicze wystąpiło 26 razy między 21. a 30. rokiem życia, 25 razy między 31. a 40. rokiem życia, 7 razy między 41. a 50. r. a tylko 2 razy w 58. roku a zatém z porażeń połowiczych kiłowych przypada 85% przed 41. rokiem życia wtedy, kiedy porażenie połowicze zwykłe liczy się do wyjątków. Słusznie też mniema Fournier, że każde porażenie połowicze przed 45. rokiem życia najpodobniéj do prawdy polega na kile i to tém więcéj, im młodszym jest chory niém dotknięty.

Ostatnia okoliczność nakoniec i wpływ terapii ma także pewne znaczenie dyjagnostyczne, lubo nieco *post festum*. Jeżeli terapija antysyfilityczna skutkuje, podejrzenie kiły nabywa wielkiego podobieństwa do prawdy a to z następujących powodów: porażenia połowicze zwykłe polegają ostatecznie najczęściéj na zniszczeniu anatomiczném pewnéj części mózgu, a następnie zniesieniu jéj czynności fizyjologicznéj. Tak bywa najczęściéj i przy krwotoku do mózgu i przy zatorze tętnicy. Porażenie połowicze przeto jest objawem po prostu zniszczenia pewnéj partyi mózgu. Wpływ więc terapii w takich przypadkach jest stosunkowo bardzo mały i doświadczenie uczy, że porażenia takie zostawione samym sobie albo zupełnie takiemi samemi nadal zostają, jakiemi były od początku, albo zmniejszają się do pewnego stopnia tak co do mocy jak i rozległości, ale doszedłszy raz do pewnego, względnego bardzo polepszenia, wreszcie statecznie opierają się wszelkiéj terapii, co łatwo pojąć zważywszy na zmianę anatomiczną. Inaczéj rzecz się ma z porażeniami połowiczemi kiłowemi: jeżeli one są następstwem i wyrazem bezpośrednim zmiany kiłowéj, dostępne są terapii zarówno ze zmianami kiłowemi w innych organach; dla tego skuteczność leków przeciwkiłowych nie możebna np. przeciw zniszczeniu mózgu, czy przez krwotok czy przez przerwę w odżywianiu skutkiem zatoru w tętnicy, może się świetnie objawić w porażeniach kiłowych właściwych, a tém samém obok innych okoliczności przemówić mocno za naturą danego przypadku. Tyczy się to atoli tylko porażeń połowiczych wywołanych bezpośrednio przez zmianę kiłową; porażenia na pozór takież same, lecz wywołane dopiero przez następstwa zmiany kiłowéj, nie różnią się niczém od porażeń zwykłych i dzielą z niemi smutny przymiot niedostępności dla obecnéj terapii. Nakoniec bywają i takie przypadki, gdzie zmiana bezpośrednia kiłowa opiera się stanowczo nawet najenergiczniéjszemu leczeniu antysyfilitycznemu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Ostry gościec stawowy. *(Polyarthritis acuta)*.

Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza na oddziale Doc. Dra Pareńskiego w l. 1876—1880.

Opracował Dr. Leon Kopff.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38.)

Co się tyczy trwania gośćca, to w naszych przypadkach znajdujemy nader wielką rozmaitość. W jednych, nie zbyt częstych, przypadkach napotykano tylko mierne obrzmienie dwóch lub trzech stawów, a nawet tylko bolesność, które już w ciągu tygodnia przechodziły w rekonwalescencyję. Najczęściéj zdarzały się przypadki z trwaniem trzech do czterechtygodniowém. W tych występowało albo równocześnie zajęcie kilku stawów, lub z ustąpieniem przekrwienia w jednym zmiany przechodziły do drugiego stawu. Gorączka zwykle dochodziła tu 39,5° i najczęściéj, malejąc z każdym dniem, ustępowała po tygodniu lub dniach dziesięciu. Wcale jednak nie rzadkiemi były przypadki, w których

choroba przeciągała się przez tygodnie (5 do 8 i więcéj tygodni). W przypadkach takich zmiany zwykle rozpoczynały się nieznacznie w jednym lub dwóch stawach, następnie cierpienie przenosiło się na inne stawy, nie opuszczając jednak stawów pierwotnie zajętych. Niekiedy choroba zdawała się po kilkunastu dniach ustępować zupełnie, chyżość tętna znacznie malała, ciepłota powracała do prawidła, ilość moczu była większą, apetyt powracał, gdy po paru dniach polepszenia znów nastawało podniesienie ciepłoty, a powracały bolesność i obrzmienie stawów. W tych przypadkach rekonwalescencyja następowała zwolna, chorzy byli zwykle wychudli, anemiczni, częstokroć dawał się słyszeć, późniéj znikający, szmer dmuchający nad koniuszkiem serca, a nie rzadko także i nad żyłami szyjnemi. W bardzo nielicznych wreszcie przypadkach, choroba przybierała cechę przewlekłą.

To co się powiedziało dotyczy przypadków przebiegających bez powikłań. W przypadkach zaś z powikłaniami, przebieg znacznie się przedłużał. Miało to miejsce szczególniéj w razie wystąpienia zapalenia osierdzia. Z innych powikłań zapalenie płuc nader przewlekało czas trwania gośćca. W czasie pojawienia się zap. płuc zajęcie stawów albo zupełnie ustępowało albo znacznie zwalniało, z ukończeniem się komplikacyi jednak zmiany w stawach występowały zwykle znów z większém natężeniem.

Nie ma może choroby, którąby miała tak wielką skłonność do wikłania się z chorobami narządów wewnętrznych, jak ostry gościec stawowy. Z powikłań tych najczęstszemi i najważniejszemi są zapalenia serca, tak *Pericorditis*, *Endocarditis*, jakoteż jak się zdaje, towarzyszące każdéj z nich w niższym lub wyższym stopniu, *Myocarditis*. Częstość tych powikłań według różnych autorów jest nader różną. Ta niezgodność statystyk i rozmaitość zapatrywań zależy nie mało od trudności rozpoznania. Często dla niejednego lekarza szmer skurczowy lekki, lub niewyraźne tarcie, wystarcza do rozpoznania zajęcia serca [1]) (a wiadomo, jak często w gośćcu występują dmuchające szmery, nie wywołane zmianami anatomicznemi), podczas gdy kto inny, prócz tych objawów będzie jeszcze wymagał powiększenia wymiarów serca, lub przynajmniéj wzmożenia się objawów przysłuchowych i dłuższego ich trwania. Zapewne nie bez wpływu jest tu także, już dawniéj dostrzegany fakt, że w *Polyarthritis acuta*, niekiedy powikłania z chorobami serca występują szczególniéj często w pewnych czasach i okolicach tak, że trzeba się chyba i w tym razie uciec do wygodnego tłumaczenia i przypuścić jakiś *genius epidemicus* i *endemicus*.

Statystyka przypadków przezemnie zebranych, zgadza się po największéj części z liczbami podanemi przez Wunderlicha, Leberta i Bambergera [2]) Powikłania z zapaleniami serca w 116 moich przypadkach wystąpiły 30 razy, tj. w 25.8%. Szczegółowo przypada z tego na *Endocarditis* 4,3%, na *Pericarditis* 12%, na *Endocarditis* wraz z *Pericarditis* 9,5%. Powikłania te nie dotyczyły w jednakowym stopniu obu płci, lecz o wiele częściéj występowały u niewiast. Z 30 przypadków zapaleń serca tylko 12 przypada na mężczyzn, reszta zaś 18 tj. o jednę trzecią część więcéj przypada na kobiety. Tak *Endocarditis* jak *Pericarditis*, jak i *Endo-Pericarditis* również częściéj się u kobiet wydarzały. I tak: z 5 przypadków *Endocarditis* przypada dwa na mężczyzn, trzy zaś na kobiety; z 14 przypadków *Pericarditis*, przypada pięć na mężczyzn, dziewięć zaś na kobiety; z 11 przypadków *Endo-Pericarditis*, przypada pięć na mężczyzn, sześć zaś na kobiety. Jakiby był powód tego nie równego rozdziału nie mogłem dociec, jak również nie mogłem nigdzie w literaturze wzmianki o tém znaleść.

Również i wiek ma wielki wpływ na powstawanie powikłań z zapaleniami serca. Na rzecz tę już wielu autorów zwracało uwagę. Większa ich część zgadza się na to, że powikłania te najczęściéj powstają w wieku pokwitania [1]). I obserwacyje moich przypadków, nie wiele odstępują od tych spostrzeżeń. Z 30 przypadków przypada 10 na wiek do 20 lat, 9 przypadków dotyczy ludzi w wieku między 20. a 30. rokiem życia, 4 przypadki przypada między 30 a 35 łat, w sześciu zaś przypadkach nie było można stwierdzić, w jakim wieku po raz pierwszy powikłanie powstało.

Nie mogę potwierdzić zdania niektórych lekarzy (między nimi Bouillauda l. c.), że zapalenia serca szczególniéj w tych przypadkach powstają, w których jest zajętą znaczniejsza liczba stawów. I owszem, z naszych przypadków mógłbym wiele podać historyj chorób, gdzie tylko jeden lub dwa stawy bywały zajęte, a mimo to powikłanie występowało. W jednym nawet przypadku chory skarżył się tylko na silny ból w ramieniu, a badanie ramienia, prócz miejscowego podniesienia ciepłoty skóry i lekkiego jéj zaczerwienienia nic innego nie wykazywało, a mimo to rozwinęło się zapalenie osierdzia.

Za to muszę tu potwierdzić zdanie Reevesa (*Schmidt's Jahrb. Bd.* 161, str. 129), że zmiany w sercu najczęściéj występują po zajęciu stawów odnóg górnych (według Reevesa głównie *Pericarditis*). W 30 przypadkach powikłań z zapaleniami serca, mojego zestawienia, w 8 przypadkach były zajęte wyłącznie tylko stawy odnóg górnych, w 10 przypadkach przeważnie stawy ramieniowe, łokciowe i nadgarstkowe, w 6 przypadkach zmiany chorobowe dotyczyły na równi tak stawów odnóg górnych jak i dolnych, w 4ch przypadkach były tylko odnogi dolne zajęte, w dwóch zaś przeważnie dolne.

---

[1]) Bouillaud powiada że w przypadkach gwałtowniejszych, w obec zajęcia większéj liczby stawów, powstawanie *Endocarditis*, rzedziéj *Pericarditis* jest prawie regułą.

[2]) Bouillaud w 74 przypadkach ciężkiéj *Polyarthritis* miał 64 powikłań z zapaleniem serca, między 40 letniemi tylko raz. Budd między 43 przypadkami miał 21 przypadków zapaleń serca tj. 48·8%. Fuller w 39 przypadkach 7 razy (17, 9%). Wunderlich podaje częstość powikłań na 23.6% a mianowicie *Pericarditis* w 6,4%. *Endocarditis* w 2,9% zaś w 14,3% *Endo- i Pericarditis* razem. Bamberger podaje w swéj obszernéj pracy o chorobach serca dla *Pericarditis* niespełna 14% dla *Endocarditis* najwyżéj 20%. Dickinson w 161 przypadkach znalazł 36 razy (22·4%) powikłania z chorobami serca. Lebert (l. c. S. 977), podaje 25 do 30% na komplikacyje z zapaleniami serca. Mayer opisuje z kliniki Frerichsa 35 przypadków reumatyzmu, a w tych wystąpiła 7 razy *Pericarditis*, 1 raz *Endocarditis*, 4 razy *Endo-Pericarditis*, w ogóle zapalenia serca w 34,3%. Senator miał między 50 przypadkami z prywatnéj praktyki tylko 10,7% powikłań, Ormerod dla saméj *Pericarditis* podaje 37,3%.

[1]) Podług Senatora przypada w tym wieku prawie 1/3 wszystkich powikłań z chorobami serca przy *Polyarthritis acuta*. Vernay podaje nawet, że w 22 przypadkach *Endocarditis*, powstałéj przy *Polyarthritis*, 21 przypadków przypada na ludzi między 14. a 20. rokiem życia.

Zapalenie serca nie zawsze występowało na szczycie rozwoju gośćca, lecz czasem już w pierwszych dniach choroby. W siedmiu przypadkach nawet nie było można rozstrzygnąć z wywiadów, czy pierwéj powstał ból w stawach czy téż bicie serca i kłucie w boku lewym, bo chorzy podawali, że nagle, zwykle po dreszczach, dostali gorączki a nieco później bólów w stawie jednym lub drugim, kłucia w boku lewym i bicia serca, a w toku tego dopiero zauważali obrzęk stawu i zaczerwienienie otaczającéj skóry.

Pericarditis w lekkich przypadkach przechodziła zwykle w 14 dniach w okres rekonwalescencyi, częściéj jednakże trwała 5 do 6 tygodni, a w niektórych przypadkach i dłużéj.

W końcu nie mogę pominąć przytoczenia wymownych liczb méj statystyki, na poparcie wyżéj wzmiankowanego twierdzenia, że komplikacyje z chorobami serca występują niekiedy w ostrym gośćcu, jak gdyby pod wpływem jakiegoś *genius epidemicus*. I tak w r. 1876 mieliśmy 17 przypadków gośćca, a między temi 5 powikłanych z chorobami serca. W r. 1877 na 39 chorych wypada 10 przypadków powikłań, a z tych prawie polowa, bo cztery przypadki, na miesiąc kwiecień, chociaż w miesiącu tym było wszystkich chorych tylko pięciu. Jeszcze w jaskrawszém świetle rzecz ta przedstawia się w latach następnych. W r. 1878 było na 29 przypadków *Polyarthritis* tylko pięć z powikłaniem. Za to w r. 1879 na 24 chorych podległo dziesięciu zapaleniom serca. Dla dokładniejszego uwidocznienia, w jaki sposób w tym roku przypadki, powikłane z chorobami serca, rozkładały się na pojedyńcze miesiące, i w jakim stosunku zostawały do ogólnéj liczby chorych, umieszczam następne zestawienie:

W miesiącu	Ilość chorych na *Polyarthritis*	Ilość komplikacyj ze strony serca	Wypada na 100 komplikacyj
styczniu	3	1	33.30
lutym	6	4	66.60
czerwcu	5	3	60.00
lipcu	2	0	0
sierpniu	5	1	20.00
wrześniu	2	0	0
grudniu	1	1	100.00

Po komplikacyjach z zapaleniami serca najczęściéj występują w gośćcu powikłania z **zapaleniem płuc i opłucny**. Zapalenia opłucny mają się o wiele częściéj wydarzać niż zapalenia płuc. **Lebert** podaje co najmniéj 10% na zapalenia opłucny, o wiele mniéj zaś na zapalenia płuc. Zapalenie opłucny dotyczy zwykle lewéj strony i przechodzi najczęściéj następowo z osierdzia.

Statystyka moich przypadków różni się w tym względzie tak co do częstości zapalenia opłucny i płuc, jak i co do stosunku jednego zapalenia do drugiego. W 116 przezemnie zebranych przypadkach, znalazłem tylko raz zapalenie opłucny po stronie lewéj, które przyłączyło się następowo do zapalenia osierdzia. Być może, że ten tak mały procent (0.86%) *Pleuritis* w mojém zestawieniu polega na tém, że *Pleuritis* rozpoznawano dopiero na podstawie wybitnych zboczeń fizycznych, jakie ze sobą wypocina sprowadza. Innym lekarzom wystarcza tymczasem do rozpoznania kłucie w boku i bolesność w międzyżebrzach. Z resztą każdemu wiadomo, jak trudném jest rozpoznanie niskiego stopnia zapalenia opłucny w ogólności, a szczególniéj u chorych na ostry gościec, dla których każde poruszenie jest tak bolesném, gdy przytém, perkusyja nie wykazuje żadnych zboczeń, a na usłyszeniu niewyraźnych objawów tarcia nie zawsze na pewne polegać można.

O wiele częściéj niż zapalenie opłucny spotyka się w naszych przypadkach zapalenie płuc. Wystąpiło ono w trzech przypadkach tj. 2·59 %, raz po stronie prawéj, raz po lewéj, raz po obu stronach. W przebiegu zapalenia płuc niezauważono nic szczególnego lub odróżniającego je od przebiegu zwykłéj *Pneumonia crouposa* [1]). Jeden przypadek zapalenia po stronie lewéj skończył się śmiercią w piątym dniu choroby, pośród objawów zapadu.

Dziwnym zbiegiem okoliczności w przebiegu dwóch przypadków zapalenia płuc rozwinęła się róża, raz jako *Erysipelas migrans capitis et colli* (przebieg pomyślny), drugi raz jako *Erysipelas antibrachii sinistri*.

Z kolei rzeczy wspomnieć mi wypada o powikłaniach z cierpieniami skóry. Skóra w gośćcu, w czasie trwania gorączki, pokryta jest mniéj lub więcéj potem właściwéj woni kwaśnéj i takiegoż oddziaływania. Skutkiem potów bardzo często występują różne wysypki, zaliczane przez niektórych autorów do powikłań. Do tych należy potówka, polegająca na prostém, pęcherzykowatém podniesieniu przyskórka, daléj bardzo często *Miliaria rubra*, rzadziéj zaś *Miliaria crystalina*. Prócz tych wysypek, zostających w związku z poceniem się skóry, spotyka się w o wiele rzadszych przypadkach wysypki powstające, jak się zdaje, skutkiem tych samych przyczyn, które zmiany w stawach wywołują. Wysypki te mogą powstawać tak na miejscach bliskich stawów, jak i w innych okolicach skóry i przybierają jeszcze najczęściéj cechę *Erythema exsudativum* lub *Herpes* (szczególniéj *labialis*), rzadziéj zaś występują w postaci *Urticaria*, lub jeszcze rzadziéj *Purpura haemorrhagica*. W przypadkach przezemnie zebranych, pomijając częste występowanie *Sudaminae*, *Miliaria rubra*, *crystalina* napotkałem jedno powikłanie z pokrzywką. Powikłanie to nie przedstawiało w swym przebiegu nic szczególniejszego. W innym przypadku zmiana na skórze wystąpiła w postaci *Erythema exsudativum*.

Przebieg i powstanie téj drugiéj komplikacyi pozwolę sobie pokrótce opisać, a to ze względu na dość ciekawe rozpoczęcie się całéj choroby naprzód zmianami na skórze a w dalszym dopiero przebiegu wystąpieniem zmian w stawach.

L. G., zecer lat 36 mający, po kąpieli wiślanéj dostał dreszczów, gorączki i palenia w skórze. W dwa dni potém przybył do szpitala. Badanie wykazało: budowa i odżywienie dobre, ciepłota 38·7°, tętno 96. Skóra na przedniéj

[1]) **Marmonier** (*Lyon Médical* Nr. 17. *Hirsch-Virch. Jahresb.* 1873. II. S. 314), uważa przebieg zapalenia otrzewny, jakotéż zapalenia płuc, występujących jako powikłanie ostrego gośćca, za odrębne i charakterystyczne. Zapalenie płuc w gośćcu ostrym występuje według niego nagle, zajmuje od razu znaczną część płuca jednego lub obu, i nie ma skłonności do szerzenia się na miąższ okoliczny. W czasie zapalenia nasilenie choroby stawów znacznie się zmniejsza.

i zewnętrznéj stronie odnóg dolnych, po zewnętrznéj górnych i na grzbiecie zaczerwieniona, miejscami pozbawiona przyskórka, w kilku miejscach pęcherzyki wypełnione cieczą przeźroczystą. W następnym dniu powstaje obrzmienie i bolesność kolana prawego. W trzecim dniu pobytu w szpitalu przyskórek zaczął się w miejscach zaczerwienionych łuszczyć, *Erythema* blednąć. Powstał obrzęk kolana lewego. W czwartym dniu pobytu w szpitalu, a szóstym choroby, zmiany na skórze ustąpiły prawie zupełnie, za to prócz wyżéj wymienionych stawów gościec zajął stawy: barkowy lewy, obydwa skokowe i nadgarstkowy prawy. Dalszy przebieg nie różni się od zwykłego przebiegu gośćca ostrego; żadne powiklanie z zajęciem narządów wewnętrznych nie wystąpiło.

Z innych powikłań znajduje się w 116 moich przypadkach: jeden przypadek *Abscessus periarticularis brachii*, drugi przypadek powikłany z *Periostitis ossium metacarpi dextri*, która rozwinęła się przy zajęciu i obrzmieniu znacznėm stawu nadgarstkowego, w końcu trzeci przypadek komplikacyi z *Tendo-vaginitis*. Żaden z tych przypadków nie odznaczał się niczém charakterystycznėm w swoim przebiegu, dla tego poprzestaję na pobieżném ich wspomnieniu.

W żadnym z 116 przypadków nie zauważano powikłań z chorobami narządów centralnych nerwowych, czy to w postaci *Meningitis spinalis* lub *cerebralis*, czy to w postaci owych tak często występujących w chorobach zakaźnych objawów chorobliwych układu nerwowego, a dla których nie można wykazać żadnéj anatomicznéj podstawy. Również w żadnym przypadku niezauważono powstawania jakiegokolwiek zboczenia w sferze umysłowéj.

Polyarthritis, pominąwszy powikłania, nie należy wcale do chorób groźnych. Zejścia śmiertelne w ogólności są rzadkie, i o wiele częściéj występują skutkiem powikłań niż skutkiem samych zmian w stawach, choćby te znacznego dochodziły stopnia. Raymond (J. Vogel *in Virchows Hndb. d. Spec. Pathol. u. Therap.* I, S. 485) w swéj statystyce z obserwacyi 390 chorych ocenia śmiertelność na 3·3%, Haygarth (*A clinical history of acute rheumatism*, 1806) na 7·1%. Inni autorowie zgadzają się po największéj części z Raymondem: jak np. Lebert (*Klinik des acuten Gelenkrheumatismus* 1860) podający śmiertelność na 3%, Roth na 3·7%, Senator (Ziemssena *Handb. der Spec. Path. u. Therap.*), w swoich 56 przypadkach na 3·6%, Pye-Smith [1]) w 400 przypadkach na 4·5%.

W moich 116 przypadkach zejście śmiertelne nastąpiło u trzech chorych, tj. w 2·59%. Przyczyną śmierci były powikłania: mianowicie w jednym przypadku *Pericarditis* i następnie *Decubitus*, w drugim *Pneumonia sinistra*, w trzecim *Pericarditis- Endocarditis* i następowa *Insufficientia valvulae semilunaris aortae*, która szybko, po swojém powstaniu, położyła kres życiu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

[1]) Guys *Hospital-Reports XIX* p. 311. *Virchow-Hirsch Jahresb.* 1874. II. W 400 przypadkach znalazł Pye-Smith 96 razy *Pericarditis*, 18 razy *Pleuritis*, 7 razy zapalenie płuc. W 18tu przypadkach nastąpiła śmierć, a w tém 3 razy skutkiem *Hyperpyrexii*, 6 razy skutkiem *Pericarditis*, 5 razy skutkiem zapalenia płuc.

III. Przyczynek do anatomii patologicznéj wylewów krwawych przy szkorbucie.

Przez Dr. Leona Świderskiego.

(Według obszerniejszéj niemieckiéj rozprawy inauguralnéj przez autora skrócone i w języku polskim nadesłane).

Mając sposobność mikroskopijnego badania niektórych organów kobiety zmarłéj na szkorbut w szpitalu wiesbadeńskim obrałem za główny przedmiot mych poszukiwań dochodzenie patologiczno-anatomicznych czynników mogących nam posłużyć do wytłumaczenia sposobu tworzenia się wylewów krwawych, jakie w szkorbucie w rozmaitych organach i tkankach napotykamy. Badania moje odnoszą się do błony śluzowéj jelita i tkanki miedniczki nerkowéj nadających się z pośród innych organów najlepiéj do takich poszukiwań, przy których nam chodzi przedewszystkiém o dokładne śledzenie biegu najdelikatniejszych naczyń włosowatych. Tkanki łącznéj podskórnéj i międzymięśniowéj z powodów odemnie niezależnych uwzględnić nie mogłem. Rezultaty, jakie osięgnąłem, opisałem obszerniéj w méj rozprawie inauguralnéj i takowe niniejszém w streszczeniu podaję.

Badając błonę śluzową jelita znachodzimy największą ilość wylewów krwawych w zakresie naczyń włosowatych a to w właściwém utkaniu błony śluzowéj. Wynaczynienia te są wielkości centa aż do ćwierćreńskówki i okazują kontury zamazane, nieznacznie przechodzące w jeszcze niezmienioną szarawą błonę śluzową. W miejscach wolnych od wynaczynień krwawych nie znajdujemy żadnéj zmiany w układzie poszczególnych warstw ściany jelit, naczynia tętnicze i włosowate są w niéj zupełnie próżne i żyły téż nie wiele krwi zawierają. W miejscach zaś przez wybroczyny zajętych czerwone ciałka krwi pokrywają zupełnie całą tkankę do tego stopnia, że właściwy jéj ustrój ledwie rozpoznać można. Jedynie gruczoły cewkowe błony śluzowéj jelita dają się łatwo rozeznać jako charakterystyczne słupki pośród czerwonych ciałek krwi w kolumny ułożonych. Dla tego téż tylko krańcowe pasy wynaczynień nadają się najlepiéj do histologicznych poszukiwań; przy czém starać się trzeba o sporządzenie jak najcieńszych cięć mikroskopijnych, aby obrazu prawdziwego nie zamazywały czerwone ciałka krwi w wielkiéj ilości nagromadzone.

Śledząc uważnie przebieg mniejszych tętniczek aż do ich zakończeń włosowatych w kosmku jelitowym (tj. téj części błony śluzowéj, która leży między dwoma zasklepkami Lieberkühna) napotykamy tak wyraźne zmiany w budowie naczyń włosowatych, że o związku ich z powstawaniem wynaczynień wątpić nie można. Początkowo widzimy tylko że jądra śródbłonków (*Endothel*), z których się składają ściany naczyń włosowatych, bliżéj siebie leżą lub zdają się być liczniejszymi. Podobny stosunek znachodzi się niekiedy w naczyniach włosowatych przy gruźliczém zapaleniu opon mózgowych u dzieci. Więcéj uderzają nas jednak przy dalszém poszukiwaniu inne zmiany większego znaczenia jak nie dające się bliżéj liczebnie określić pozorne pomnożenie jąder komórkowych. Przedstawia się nam tu następujący niezwykły obraz: przez napęcznienie śródbłonków naprzeciwległych punktów ścian naczyń powstaje gdzie niegdzie zwężenie, a w innych miejscach zupełne zetknięcie się ścian i zamknięcie naczyń. Dośrodkowo od tych tak napęczniętych miejsc napotyka się bliżéj małych tętnic częstokroć tak znaczne przerwy w pokładzie komórek śródbłonka, że między dwoma komórkami znaczne szczeliny powstają, w których nawet niekiedy

czerwone ciałka krwi sięgające aż w sąsiednią tkankę łączną odnaleść można. Obok tych zmian rozmiarów światła naczyń włosowatych ściany ich wypuklają się gdzieniegdzie w skutek napęcznienia śródblonka na zewnątrz, tak że zewnętrzne zarysy naczyń tracą swą zwykłą wysmukłość. Zjawiska te wystarczają nam najzupełniéj do wyjaśnienia wynaczynień. Jeżeli bowiem większy obszar naczyń włosowatych zamknie się w ten sposób poboczne krążenie krwi rozwinąć się nie może, i powstają objawy takie same, jakie się wytwarzają przy zamknięciu tętnicy końcowéj np. w płucach przy zawale. W obwodowo położonym okręgu najmniejszych żył i stykających się z niemi jeszcze otwartych naczyń włosowatych nastaje wsteczny bieg krwi aż do zrównoważenia ciśnienia w zakresie najbliższych większych zjednoczeń żylnych. Wśród zwiększonego ciśnienia, które w obrębie zamkniętych naczyń włosowatych w zastój krwi się przeobraża, czerwone ciałka krwi przez rozstęp (*diapedesis*) z ośrodkowo położonych naczyń występują, a proces ten bezwątpienia za główne źródło wybroczyn krwawych uważać winniśmy. W okręgu naczyń drożnych jeszcze dla krwi tętniczéj aż do miejsc zamkniętych powstaje również, i to czynne podwyższenie parcia krwi, które znowu wyjaśnia nam powyżéj wymienione wypuklanie się ścian naczyniowych a tém samém wystąpienie krwi z naczyń. Ponieważ te wszystkie zmiany dotychczas opisane znaleźliśmy na całym obwodzie ściany jelitowéj, wolno nam przypuszczać, że i w tych miejscach, w których z powodu gęstego nasiąknienia tkanki i zupełnego pokrycia jéj czerwonemi ciałkami krwi nie podobna było rozpoznać pierwocin utkania, takie same zmiany w budowie naczyń odnaleśćby można. Obok tych wynaczynień właściwéj błony śluzowéj, które w skutek zatkania większéj ilości naczyń włosowatych powstają, napotyka się wybroczyny czerwonych ciałek krwi i w tkance podśluzowéj. Proces ten zdaje się być w związku z powyżéj skreślonym; wybroczyny bowiem tkanki podśluzowéj, chociaż oddzielnie leżą, znajdują się mimo to tuż obok wybroczyn tkanki śluzowéj i krew wylaną widzimy téż w bezpośredniéj blizkości małych żył. Ściany tych ostatnich, mimo że nie mają widocznych zmian histologicznych, są nasiąknięte czerwonemi ciałkami krwi, dającemi się wykazać w tkance podśluzowéj w postaci rozlanéj lub téż w postaci podłużnych smug. W ten sposób środek albo boczną część wynaczynienia podśluzowego tworzy mała krwią mocno napełniona żyłka. Ścian jéj nie pokrywają téż, jak to w normalnym stanie widzimy, białe ciałka krwi, żyłki te zawierają bowiem taką ilość ciałek czerwonych, że białe zaledwie pojedyńczo wyśledzić można. Tętnice odpowiednie tym żyłkom, jak i w ogóle wszystkie tętniczki tkanki podśluzowéj, nie okazują żadnych zmian. W innych warstwach ściany jelitowéj nie napotkaliśmy wynaczynień.

Przy poszukiwaniu wynaczynień w miedniczce nerkowéj okazały się takie same rezultaty, choć obraz cały nie tak wyraźnie nam się tu przedstawił, jak w ścianach jelitowych.

Co się tyczy genezy tych wszystkich zjawisk, na których twierdzenia nasze o tworzeniu się wynaczynień opieraliśmy, to możnaby naszym twierdzeniom zarzucić, że wynaczynienia krwi za pierwotny proces uważać należy, a zmiany w ścianach naczyniowych są zjawiskiem tylko następowém, tłómacząc to w ten sposób, że krew wyroniona działa jako miejscowy bodziec zapalny i zmiany patologiczne w sąsiednich tkankach, a więc i w ścianach naczyniowych, wywołuje. Przemawia jednak przeciwko temu stan zupełnie prawidłowy przybłonka i innych części składowych błony śluzowéj. Nie znajdujemy w nich żadnych zmian odpowiadających tym, jakie wykazaliśmy w naczyniach krwionośnych, a któreby przypuszczeniu takiemu pewną podstawę nadawały. W niektórych tylko miejscach odpadły pojedyńcze komórki przybłonka, albo téż znachodzimy, że gdzieniegdzie wcisnęły się czerwone ciałka krwi między zupełnie prawidłowe komórki, lecz pomimo starannego dochodzenia nawet wciśnięcia się ciałek czerwonych w komórki przybłonka wykazać nie mogliśmy.

Proces ten cały możnaby najlepiéj oznaczyć mianem przyściennych (*wandstaendige*) zatorów naczyń włosowatych, które ostatecznie przeobrażają się na zatory zupełnie światło naczynia zatykające. Z poszukiwań tych wynika: że wynaczynienia w szkorbucie, te przynajmniéj, które były przedmiotem mego badania, polegają na anatomicznie dającém się udowodnić przeistoczeniu ścian naczyniowych. Ważności zjawisk tych jako wyłącznie właściwych szkorbutowi, chorobie w dzisiejszych czasach dość rzadkiéj i z tego powodu już mniéj nas interesującéj, przeceniać nie można. Większego nabrałyby one znaczenia, gdyby się wykazać udało, że i przy innych, mianowicie zapalnych, z wynaczynieniem połączonych sprawach takie same zmiany w budowie ścian naczyniowych istnieją. Teoretyczne wyjaśnienie, jakie nam daje Cohnheim, przyjmując tu tak zwane drobinowe przeistoczenie (*moleculaere Alteration*), zyskałoby przez to anatomiczną podstawę. Dalszych poszukiwań na tém polu nie omieszkam w swym czasie podać do wiadomości świata lekarskiego.

IV. Oceny i sprawozdania.

Hensley, Arnold: **Udoskonalony przyrząd do aspiracyi rozpoznawczéj.**

Fabrykant narzędzi chirurgicznych Arnold w Londynie wykonał wedle wskazówek Dra Hensleya nadzwyczaj praktyczny przyrząd służący do aspiracyi w celach rozpoznawczych. Składa on się ze zwykłéj strzykawki, nieco silniejszéj i większéj od strzykawki do wstrzykiwań podskórnych połączonéj z cienką kaniulą i trójgrańcem. Walec strzykawki, który tworzy szklanna rurka, opatrzona dwiema nasadkami przyszróbowanemi przedłuża się bezpośrednio w cienką kaniulę, podczas gdy pręcik tłoku jest w połączeniu z cienkim trójgrańcem, tak iż aspiracyja płynu i wysuwanie trójgrańca odbywają się jedną siłą i równocześnie. Trójgraniec nadto przechodzi przez całą długość pręcika i po napełnieniu strzykawki może być z łatwością przez odszrubowanie rączki pręcika wydobyty. Korzyści tego przyrządu w porównaniu ze zwykłą strzykawką Pravaza w celach rozpoznawczych są: 1) iż jest daleko silniejszy a równie delikatny; 2) przez rychłe wyciągnięcie trójgrańca odpada obawa nadwerężenia części wewnętrznych jak również unika się zatkania igły; 3) przy należytém postępowaniu i z przyrządem dobrze utrzymanym nie ma najmniejszéj obawy dostania się powietrza. W porównaniu zaś ze zwykłymi większymi aspiratorami odznacza się przyrząd przedewszystkiém tém, iż dozwala używać najcieńszych kaniul i czyni rękoczyn ten prawie wyłącznie rozpoznawczy zupełnie obojętnym dla zdrowia chorego. Szczególnie mógłby przyrząd tego rodzaju oddać znakomite usługi w badaniu jakości wypocin opłucnowych i otrzewnowych. (*The Lancet* II. 10. 1880 r.). *S. P.*

Prof. Maly: **O peptonie.**

(Wyjątek z rozprawy p. t. O niektórych stósunkach trawienia żołądkowego).

Pepton jest produktem trawienia i powstaje ze wszystkich istót białkowatych w skutek działania na nie kwasu solnego i pepsyny. Drogą chemiczną można go w stanie czystym, jakkolwiek bardzo rzadko się to udaje, w następujący sposób otrzymać: Białko z jaj ugotowane i drobno posiekane kładziemy do naczynia napełnionego wodą zakwaszoną kwasem solnym w stosunku $^{2}/_{10}$ %; do téj mięszaniny dodajemy czystą pepsynę i poddajemy ją w odpowiednim ciepłe trawieniu a już po kilku godzinach powstaje zmętnienie płynu. Płyn mętny gotujemy do wrzenia, zobojętniamy i sączymy w celu oddalenia nie wielkiéj ilości niestrawionego białka; ciecz przesączoną parujemy do gęstości syropu, strącamy wyskokiem, sączymy, pozostałość na sączku umywamy w wodzie, strącamy jeszcze raz wyskokiem i powtarzamy tę czynność kilka razy, oddzielając za każdą razą część czystego peptonu.

Czysty pepton nie ma ani zapachu ani smaku, jest w wodzie rozpuszczalny i z pozoru do gumy arabskiéj podobny, różni się od białka nastepującemi własnościami: 1) pepton zaprawiony rozczynem ługu potasowego i siarkanu miedziowego nadaje cieczy barwę piękną różową, białko zaś niebieskawo fijołkową; 2) pepton nie krzepnie ani pod wpływem ciepła ani w skutek działania kwasów i to jest jego istotną własnością, że jest ciałem rozpuszczalnêm zdolnêm do wessania i nie krzepniejącêm; 3) białko daje się strącić kwasem azotowym, pepton zaś zamieniając się z kwasem azotowym na nitropepton pozostaje w rozpuszczeniu.

Pepton chemicznie czysty 'ma i powinien mieć skład białka, białko zaś stając się peptonem zmienia tylko swoje własności i przybiera niejako postać w któréj może przeniknąć błony zwierzęce, nie tracąc ani nie przybierając nowych pierwiastków. Na têm to polega wartość pożywcza peptonu, którą stwierdził doskonale Prof. Maly przekonawszy się na podstawie licznych doświadczeń, że zwierzęta, które żywiono czystym peptonem i odpowiednią ilością soli, wodników węgla i tłuszczu, odżywiały się bardzo dobrze.

Obecnie pepton cieszy się wielką reklamą, znajdujący się atoli w handlu nie odpowiada nawet najskromniejszym wymaganiom, a najwięcéj znany pepton Sandersa śmierdzi nieprzyjemnie trochę jak klej stolarski, trochę jak ser zgniły, jest przytém ostry i kwaśny, a smak ten pochodzi od soli, od kwasu solnego w stanie wolnym w nim zawartego i od wielkiéj ilości t. zw. istót wyciągowych mięsnych.

Pepton Sandersa powstaje, jak to czytamy w broszurkach licznie po świecie rozsyłanych, w skutek kolejnego zaprawienia i trawienia pepsyny i trzustki coby w praktyce polegało na trawieniu w cieple wody mięsnéj żołądków świńskich i kwasu solnego a po zobojętnieniu mięszaniny dodaniu do niéj jeszcze trzustek.

Postępowanie podobne nie ma celu, a nawet jest szkodliwêm, bo tylko trawienie pepsynowe w rozczynie kwaśnym wydaje peptony, podczas gdy trawienie trzustkowe przy oddziaływaniu alkalicznêm łatwo wywołuje gnicie. Dolawszy do małéj ilości peptonu Sandersa, świeżo z puszki wyjętego, nieco ługu potasowego, poczujemy już w oddaleniu wywiązujący się amonijak a przy bliższém badaniu dostrzeżemy zapach trimethylaminu itp. ciał. W peptonie Sandersa są więc licznie zawarte produkty gnicia a całość nie zasługuje na nazwę peptonu, bo jest to obrzydliwa papka gnijąca. (*Wien. mediz. Blätter* Nr. 32, 1880). *Dr. T. W.*

Prof. Dr. Quincke: **O wodach gorzkich.**

Od dawien dawna mają wielkie powodzenie w handlach kupieckich i aptekarskich wszelkie leki i przetwory przeczyszczające, obecnie w modzie są wody gorzkie a prawie co roku przybywa nowa, któréj osobliwsze własności i świetne skutki ogłaszają światu dzienniki lekarskie i nielekarskie. Kupcy i spekulanci sadzą się na reklamy, do zwykłych ogłoszeń dołączają świadectwa pierwszych powag lekarskich, nie dość na têm, *fac simile* ich podpisu umieszczają nawet na etykiecie butelki, łudząc publiczność, która z poświadczeń Bóg wie jakie wysnuwa wnioski, nie uważa je za to, czém one właściwie są, i nadzwyczajnych spodziewa się skutków po wypiciu butelki Hunyadi Janos, wody Franciszka Józefa itp. Że siarkan sodowy lub magnowy w odpowiedniéj ilości w tych wodach zawarty wywołuje pożądane przeczyszczenie na to przecież nie potrzeba świadectwa, bo tak samo możnaby poświadczać pisemnie skuteczność np. pigułek z aloësem i z pewnością świadectwa wystawiający nie myślą o têm i nie spodziewają się, że ich imię i powaga tak będzie nadużytą.

Prof. Quincke oburzony tą spekulacyją stara się wykazać, jak łatwo można wszystkie wody gorzkie naturalne z korzyścią dla chorych i dla lekarzy zastąpić solą sztuczną, a nie wspierać przedsiębiorstw szkodzących powadze i interesom stanu lekarskiego. I tak najużywańsze z wód gorzkich Hunyadi Janos i woda Franciszka Józefa zawierają przeważnie siarkan sodowy i magnowy, a bardzo tylko małą ilość innych soli, woda Friedrichshallska zawiera prócz tego jeszcze chlorki potasowców. Pomijając tabliczkę, w któréj Quincke zestawia obok siebie wszystkie składniki chemiczne co do ilości w 10.000 częściach trzech wspomnianych wód gorzkich zawarte podaje, o czém z niéj przekonać się można że woda Franciszka Józefa w przybliżeniu zastąpić się da równą ilością *Natr. sulphur. et Magnes. sulph.*, to samo prawie da się powiedzieć i o wodzie Hunyadi Janos, bo w 15 gramach soli z téjże wody mieszczą się jeszcze bardzo małe i żadnego wpływu nie mające ilości soli kuchennéj 0·26 i dwuwęglanu sodowego 0.11. Sól Friedrichshallską zaś zastąpić można połączeniem następujących soli: siarkanu sodowego 7, siarkanu magn. 5, soli kuchennéj 4, chlorku potasu 2. Przepisywanie soli powyższych zamiast naturalnych wód gorzkich têm da się usprawiedliwić, że dawkę poszczególnych składników można dowolnie zmniejszyć lub zwiększyć stósownie do potrzeby chorego, że można je rozpuścić w wodzie o pewnéj wskazanéj ciepłocie a smak nie jest gorszym jak wód naturalnych, wreszcie że każda mięszanina soli o wiele jest tańszą jak woda naturalna. I tak porównywując cenę 10 litrów wody naturalnéj bez butelek z wartością soli w niéj zawartéj podług cennika aptekarskiego przekonamy się, że kosztuje:

	woda Hunyady Janos,	woda Franciszka J.	woda Friedrichshallska
naturalna	6·3 marek	6·3 marek	6·3. mk.
sól sztuczna	1·2 „	1·6 „	0·6 „

Sztuczna sól karlsbadzka obecnie prawie w powszechnêm jest użyciu i dobrze zastępuje wodę naturalną, skoro to jest usprawiedliwionêm, a dla chorych pożądanêm, dla czegóż nie trzymać się téj saméj zasady przy wszystkich innych wodach gorzkich? (*Deutsch. mediz. Wochenschrift* Nr. 35. 1880 r.). *Dr. T. W.*

Wiadomości pomniejsze.

(T. W.) Przyjąwszy, że stwardnienie i obrzęki gruczołów limfatycznych u zołzowatych pochodzą ze zastoju limfy w naczyniach i gruczołach, i że z powodu niedostatecznego odżywienia przychodzi do obumarcia i zserowacenia zastoiny, powinniśmy przystępując do leczenia obrzęków gruczołów limfatycznych, przedewszystkiém dążyć do usunięcia zastoju, a przez to powstrzymać rozpad serowaty nagromadzonych komórek. Bardzo skutecznemi mają być pod tym względem wcierania skórne szarego mydła (*Sapon. virid.*), przy których użyciu szybko się zmniejszają lub znikają obrzęki gruczołów limfatycznych i ustępują różne cierpienia zołzowatych nagabujące, jak nieżyty uporczywe, wypryski na skórze i cierpienia ócz. Autor (Dr. Korman *Deutsch. mediz. Woch.* Nr. 35, 1880) przytaczając cztery przypadki z swéj praktyki poleca uskuteczniać wcierania szarego mydła raz na dzień w ilości łyżeczki do kawy i to na miejscu skóry powyżéj gruczołów zajętych leżącém; wtarłszy w miejsce odpowiednie całą ilość mydła, pozostawia się je przez noc a zmywa nazajutrz i tak postępuje się codziennie, zmieniając oczywiście zaraz miejsce skóry jeżeli się je wcieraniem zadrażni. Najlepiéj jest zacząć od szyi, przejść następnie na grzbiet, ztąd na piersi i brzuch, wreszcie na odnogi, potém znów na szyję, jeżeli skóra na niéj pokryje się przez ten czas nowym przyskórkiem. Jeden z przypadków dotyczy dziewczynki ośmioletniéj, która przy obrzęku gruczołów limfatycznych cierpiała na cuchnący nieżyt nosa i nieżyt w szczytach płuc, czternastodniowe wcieranie szarego mydła usunęło całkowicie zmiany chorobowe.

(K. G.) Wdechanie kwasu fluorowodowego przeciw dyfteryi zaleca Bergeron. Poleca on wdechanie przez 3 godzin małych ilości z powietrzem tak, iż na 1 metr. sześć. przypada 1 grm. kwasu fluorowodowego, w tym celu ustawia na stoliku obok łóżka chorego naczynie ołowiane, z którego paruje kwas fluorowodowy. (*Allg. m. Z.* 1880 N. 37).

(K. G.) Według doświadczeń, które czynił Wasilejew na klinice Manasseina (Referat w *Peters. med. Wochenschft.* Nr. 14 z r. b.) wziewania spirytusowe wzmagają sztucznie wywołane poty. Za pomocą wagi oznaczano utratę na ciężarze jakiéj doznawały osoby po kąpielach gorących lub łaźniach. Gdy w kilka dni późniéj te same osoby, po nacieraniu 70% wyskokiem, znów się kąpały utrata na wadze była 4 do 5 razy większą niż po pierwszéj kąpieli. Byłoby więc racyjonalném, w przypadkach, w których staramy się za pomocą łaźni sprowadzić znaczną utratę wody, chorych poprzednio nacierać wyskokiem. Większy skutek gorących kąpieli lub łaźni po nacieraniach wyskokowych przypisuje W. z jednéj strony pobudzeniu nerwów skórnych, a z drugiéj strony usunięciu tłuszczu zatykającego otwory skórne. (*Berl. klin. Wochschrft.* 1880 Nr. 38).

(K. G.) Sassezky czynił na klinice Manasseina doświadczenia nad wpływem jaki wywiera wyższa lub niższa ciepłota na wsysanie w miejscu podskórnych wstrzykiwań. Doświadczenia te okazują, iż skutek rychléj nastaje jeżeli sztucznie podwyższymy ciepłotę miejsca wstrzyknięcia aniżeli gdy ją obniżymy. S. czynił doświadczenia z morfinem, pilokarpinem, jodkiem potasu, badające za pomocą estezyjometru jak rychło skutek nastaje, albo też jak rychło leki zastrzyknięte w moczu wykryć można. W jednym szeregu doświadczeń podnosił ciepłotę do 39—40°C. za pomocą ciepłych okładów a w drugim ochładzał okolicę ciała, w którą wstrzykiwał, do 12°C. Znalazł przy tych doświadczeniach znaczne różnice, skutek nastawał rychléj przy podwyższeniu ciepłoty np. przy morfinie o 4 minut, przy pilokarpinie o 3 minut. (*Berl. klin. Wochenschft.* 1880. Nr. 38).

(K. G.) Dr. Kennedy zaleca użycie znacznych ilości oliwy w cierpieniach jakie sprawiają kamyki żółciowe. W ciągu roku 1879 używał środka tego wielokrotnie zawsze z pomyślnym skutkiem. W każdym przypadku, w którym istnienie kamyków żółciowych było dowiedzionem, lub w którym domyślać się wypadało, że kamyczki żółciowe są przyczyną od czasu do czasu pojawiających się cierpień po wielkich dawkach oliwy rychło i bez bólu odchodziły kamyki w mniejszéj lub większéj ilości. W przypadkach newet takich, w których chorzy nie okazywali przypadów jakie zwykle do rozpoznania wymagamy, lecz w których jasną było rzeczą, iż odpływ żółci jest powstrzymanym otrzymał K. równie zadawalające skutki. K. podaje (w *The Lancet* 1880, II, XII), opis 4ch przypadków przez siebie leczonych, dodając, że oliwa używana w ustępach czasu kilkutygodniowych lub kilku miesięcznych zapobiega tworzeniu się kamyków chociaż nie usuwa przyczyn lub usposobień, od których to tworzenie się zawisło.

V. Zapiski lekarskie
ze stulecia XVIgo.

Ze spółczesnego rękopisu łacińskiego
zebrał i przełożył
Prof. Dr. Józef Oettinger.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38.)

7. Znakomity mąż i słynnéj pamięci pan, Mistrz Maciéj z Miechowa (dopis na brzegu: Miechowita) świętéj sztuki lekarskiéj drugi Hippokrates (*sacre medicine artis alter Ipocrates*) [7]) kanonik krakowski, wielce poszukiwany lekarz królestwa polskiego i węgierskiego, mąż z umysłu, życia i obyczajów w najwyższym stopniu chrześcijański (*christianissimus*), w dostatki bogaty i niewyczerpany jałmużnik, ze szczeréj życzliwości dla uczniów sztuk wyzwolonych wiele zlał hojnych dobrodziejstw na uniwersytet i jego domy; trzy albowiem szkoły mianowicie św. Szczepana, św. Anny i WW. Świętych z gruntu wymurował, szpital dla chorych kapłanów i uczniów zwiększywszy jego dochód świetnie odbudował, izbę bursy czyli domu biednych rozprzestrzenił i wychodki (*cloacum*) z gruntu wystawił (dopis na brzegu: W kollegijum większém trzy kominy i dach sprawił), kościół św. Andrzeja na nowo drzewem i dachówką paloną pokrył i od ognia ubezpieczył, klasztoru nadto część około kościoła św. Jadwigi na Stradomiu dla pielęgnowania tamże braci Jerozolimskich odbudował i wiele innych jałmużn dla wszelkiego stanu ludzi cicho porozdzielał. Oprócz tego w uniwersytecie naszym założył katedrę lekarską kupiwszy czynsz (*empto censu*) za sześćset czerwonych złotych. Katedrę także astrologii dostatniéj wyposażył dziesięciu grzywnami (rocznie) kupionemi za czterysta czerwonych złotych w urzędzie (*in praetorio*) krakowskim. Nadto dał 120 złotych na sprawienie zegaru dobrego i znowu 100 złotych na dalszą budowę publicznego księgozbioru w naszym domu kolegijum większego, gdyby do tego przyszło i innemi niezliczonemi dobrodziejstwami nie tylko nasz uniwersytet, lecz i wszelkich ubogich hojnie obsypał, za co z otuchą wierzyć należy, iż wiekuistą otrzymał nagrodę. Zeszedł z tego świata w roku 70 wieku swojego, a po narodzeniu Chrystusa 1523 8go września (do-

[7]) Oettinger l. c. 114.

pis na dole: więc urodzony 1453, dopis na brzegu: znakomity pisarz dziejów polskich) (str. 41).

8. Wielebny ojciec pan Michał z Turobina zwykle przezwany Lublinem, doktor prawa kościelnego, kanonik Łowicki i dziekan Kurzelowski..... zapisał (na założenie i nowe wystawienie kollegijaty kanoników i wikarych przy kościele św. Anny w Krakowie) pięć tysięcy i sześćset złotych.... z których otrzymuje się czynszu blisko trzysta złotych....

(Na brzegu dopis: Te pięć tysięcy zwiększył dostojny i znakomity mąż Sebastyjan Petrycy pilznianin [8]) medycyny doktor i profesor większą summą i czynsz przeznaczył dla historyografa, którego użytek miał syn jego mąż wielce uczony i wymowny świeżo po założeniu Jan Innocenty Petrycy doktor filozofii i medycyny, trzeci profesor z fundacyi Tylickiego).

9. Zgasł zaś (Michał z Turobina) w 63cim swego życia a roku pańskiego 1528, dnia 24 kwietnia, w piątek w dzień św. Jerzego o godzinie 19téj a w téj samej godzinie właśnie wybuchł z domu rękodzielniczego narożnego przy bramie nowéj straszny ogień, z boku wiatrem podniecany i prawie w oka mgnieniu całą sąsiednią ulicę i Mikołajską wreszcie i inne aż do kościoła św. Szczepana a zarazem i cały Kleparz szybko, bo w 4 godzinach zniszczył, gdzie też wielu ludzi nagłym tym pożarem zostało spalonych, oprócz tych ubogich, co zginęli w szpitalu św. Ducha. Sześć kościołów do szczętu zgorzało. Baszt miejskich celniejszych 14 i wojenne przyrządy wyborne królewskie i miejskie wartości jak mówią stu tysięcy śród murów pożogą od wieku niesłychaną w perzynę się obróciły (str. 42).

10. Roku pańskiego 1534, dnia 9 listopada o godzinie 7, wielebny ojciec wzór życia chrześcijańskiego i kapłańskiego mistrz Michał z Wrocławia [9]) świętéj teologii profesor i dziekan kościoła św. Floryjana, gdy już do drugiego prawie dziecięctwa był powrócił, przebiegłszy zwykłe pory życia i przebywszy przed rokiem za staraniem lekarskiém napad udaru (na brzegu: jak skuteczna sztuka lekarska?) jakkolwiek w wielkiéj słabości, rok jeszcze przeżył a gdy z prac i wieku już prawie był wysechł, panu Bogu ducha oddał w wielkiéj cierpliwości udręczeń i bólów swoich a by dowieść także uczynkiem, ile pokochał kollegijum i uniwersytet za życia, darował na dokończenie biblijoteki trzydzieści czerwonych złotych a dziesięć na odnowienie bursy po pożarze..... Mąż ten był jak najregularniejszy w każdéj sprawie czy to duszy, czy to ciała, iż nigdy nie wydawał się ani miary przekraczać, ani nie dosięgać, lecz w pośrodku jak najbezpieczniéj kroczył.

Roku pańskiego 1512 mistrz Jan Michalow [10]) sentencyjonarz z porażenia *(paralysi)* życie zakończył i puhar spiżowy dobrze pozłacany domowi darował (str. 45).

11. Roku pańskiego 1535, dnia 16 lutego, o godzinie 22éj (na brzegu górnym dopis: w roku wieku swojego 60) pamiętny i sławny mąż Jan ze Lwowa [11]) umysłu światłego i nadzwyczajnego św. teologii profesor, równie w życiu nie skażony, jak wygłaszaniem słowa bożego kaznodzieja wzięty w kościele katedralnym krakowskim i kanonik świątyni św. Floryjana, zgasł z zapalenia opłucnéj *(pleuresi)* szczérym i niezwykłym a jednomyślnym wszystkich jękiem opłakiwany (str. 46).

12. Roku pańskiego 1537 d. 15 marca o godzinie 19 wielebny i wyborny mąż mistrz św. Teologii, pilny profesor, żywota nieskażonego i prawie mnisiego Marcin z Leżajska [12]) na Rusi na gorączkę ostrą umarł. Ten acz drobny postawą (wbrew zwykłemu słowu) ducha był pokornego, pożycia samotnego, w modlitwie wylany (str. 46).

13. Roku 1532 dnia 28 marca poświęconego pamięci wieczerzy pańskiéj dostojny pan Łukasz Noskowski [13]) rajca krakowski i profesor zwyczajny wydziału lekarskiego dni swoje zakończył, którego o 4 dni śmiercią wyprzedziła żona jego Benigna córka doktora Reguły. Był on prawdziwym gorliwcem (zelator) uniwersytetu, który ze szczerego zamiłowania czci i sławy naszéj szkoły głównéj pierwszy do skutku doprowadził doktorską promocyją w wydziale lekarskim od jego początku zaniedbaną około r. 1526 (istotnie r. 1527) po śmierci zaś z kwoty dziewięciuset złotych ołtarz w kościele Panny Maryi ze znamienitą wystawą dla osoby stopniem naukowym uwieńczonéj a znowu czynsz 12 grzywien na użytek Uniwersytetu ustanowił i wyposażył. W szczególności także domowi nauk wyzwolonych piękny i obszerny kobierzec podarował. Książki także pewne do książnicy wcielił. Za które dobrodziejstwa niech Bóg będzie mu nagrodą wiekuistą (str. 47).

14. Roku pańskiego 1538, dnia 8 lutego mistrz Marcin Tarnowiec (Tarnoviecz) [14]) zwykle zwany Kulab (Culab) wiekiem wycieńczony z omdlenia *(sincope)* o godzinie 15téj sam pozostawiony w izbie ogrzanéj zgasłszy *(resolutus)* słodko zasnął w Panu i z apostolskiego ubóstwa, które wiódł za życia dzieła św. Augustyna biblijotece darował.

(Dopis na brzegu: Kulab kaznodzieja o siebie Boga pewny, jednego razu proszony od dworzan Jego Królewskiéj Mości, by zechciał coś politycznego na kazanie obmyślić: obrał 8 części mowy z Donata [15]) Imię, Zaimek, Słowo, Imiesłów itd. Imię rzekł, to Król; Zaimek Królowa, Słowo to Arcybiskup i biskupi, Imiesłów to podskarbi królestwa, wykrzyknik to Mnisi, nareszcie o poszczególnych odmianach ośmiu części mowy a nie bez poważnego upomnienia). (str. 48).

15. Roku jak wyżéj (1538) dnia 18 kwietnia, który był dniem przysposobienia świątecznego *(parasceve)* o godz. 22giéj wielebny i wyborny mistrz Andrzej z Krakowa Burkath kanonik i zawiadowca dóbr kapituły kościoła św. Floryjana (tegoż roku w oktawę św. Agnieszki — 28 stycznia — doktorem i mistrzem św. teologii mianowany) w niedzielę kwietnią schwycony nagłém i silném zapaleniem opłucnéj zgasł w nieobecności lekarzy. Domowi naszemu zapisał puhar pozłacany...., sześć poduszek do stołu ofiarował, aby mistrze nie siedzieli, jak bywało, na gołych ławkach, wreszcie i inne sprzęty (str. 48).

16. Roku p. 1540 wyborny mąż mistrz Grzegórz ze Stawiszyna (Stawisin) [16]) św. Teol. profesor, kustosz kościoła św. Floryjana wielką pałający gorliwością o ozdobę i porządek świątyni, kilkakrotnie nagabywany lekkiemi na-

[8]) Oettinger l. c. ustęp 163.
[9]) Muczkowski: statuta pag. 100, 115, 126. Wiszn. III 85, 205.
[10]) Muczkowski: pag. 79, 90, 107.
[11]) Muczkowski: pag. 127, 130, 148, 159.
[12]) Muczkowski: statuta p. 128, 136, 158, 171.
[13]) Oettinger l c. ustęp 118.
[14]) Muczkowski: statuta p. 95, 106, 133, 150.
[15]) Donatus Aelius rzymski grammatykarz żył około 355 po Chr. nieomylna w średnich wiekach powaga w 'dziedzinie łacińskiéj grammatyki.
[16]) Muczkowski: statuta p. 138. Wiszniewski l. c. III 216.

padami apoplektycznemi, w końcu we wtorek po zielonych świątkach sprawiwszy po trzykroć szczęśliwie urząd rektorski i starawszy się jak zwykł zawsze, słuchać zleceń drugiego, spiesząc prędzéj niż inni na zamek na samém wejściu na górę zaczął być dręczony zwykłą chorobą, zaledwie wszedł do świątyni, aliści na samym prawie progu ostatecznym napadem został uduszony *(suffocatus)* i nie można go było ocucić. Mąż ten miał twarz zawsze wesołą, w rozmowie łagodny, obyczajów ogładzonych, ułożenia przyzwoitego, w życiu prawy i wstydliwy powodował się wielką gorliwością, aby porządek i pilność we wszelkich obowiązkach uniwersyteckich należycie, dokładnie i ściśle się odbywał (str. 49).

17. Mistrz Jan z Leśnicy[17]) wsi o milę od Szadka odległéj św. Teologii profesor; biegły także znawca prawa kanonicznego a przemyślny budynków uniwersyteckich zawiadowca, z kanonii św. Floryjana wzięty był do Gniezna na kanonicznego zwyczajnego profesora teologii. W końcu wracając do Krakowa chory na trąd (*elephantia laborans*) roku 1526 zeszedł z tego świata i Uniwersytetowi 10 grzywien zapisał, za które kupiono czynsz czterech złotych od sławetnego pana Stanisława Bełzy postrzygacza sukien *(pannicida)* w Krakowie na kramie jego narożnym w krzyżu na wieczne czasy (str. 50). (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w ciągu pierwszéj połowy miesiąca września 1880.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem sierpnia	przybyło w ciągu 15 dni	z tych: wyzdrowiało	umarło	pozostało w leczeniu: chorych	pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	7	11904	18	22	22	13	2	1
Odra	7	11038	99	93	119	20	53	4
Płonica	19	18405	167	303	214	52	204	16
Błonica	22	26517	31	166	53	104	40	14
Dur brzusz.	9	7346	27	68	53	6	36	7
Dur osutkow.	4	5713	12	72	40	14	30	2
Krztusiec	16	16536	312	275	266	37	284	15
Czerwonka	168	211978	1968	2648	2593	406	1617	100

Dr. Merunowicz.

(*G.*) Przymus szczepienia utrzymanym został w kantonie zurichskim. Pięć tysięcy osób uprawnionych do głosowania wniosło żądanie zniesienia istniejącego przymusu szczepienia. Rada kantonowa oświadczyła się przeciw temu żądaniu a to 115 głosami przeciw 37, poczém zarządzono głosowanie publiczne, jak to prawa kraju nakazują, nad tém czy przymus szczepienia ma być utrzymanym czy téż zniesionym. Głosowanie to odbyło się w dniu 13 czerwca rb. Tak przeciwnicy szczepienia jak i zwolennicy rozwinęli silną agitacyję słowem i drukiem. Prof. Vogt przeciwnik szczepienia miał wykład w przed dzień głosowania a z pośród zwolenników prof. Huguenin i prof. Wyss. W głosowaniu wzięło udział 57.234 osób, a z tego 5330 oddało próżne kartki, 23.115 oświadczyło się za zniesieniem, a 28.789 za utrzymaniem przymusu szczepienia. Z 190 lekarzy kantonu zurichskiego 181 podpisało odezwę wykazującą ważność i doniosłość wspomnianego głosowania, jeden odmówił podpisu, dwóm znanym przeciwnikom szczepienia nie przesłano odezwy do podpisu, a 6 nie podało powodu, dla którego odezwy nie podpisali.

VII. Wiadomości bieżące.

(G) **Kraków** d. 23 września. Redaktor Przeglądu Lekarskiego zasłabł od dwóch tygodni na kataralne zapalenie płuc. Według oświadczenia kolegów prof. Dra Korczyńskiego i zastępcy prym. Dra Żuławskiego, którzy chorego otaczają troskliwą opieką, przebieg choroby jest pomyślny.

[17]) Muczkowski: statuta p. 92' 100, 122, 137.

(*G.*) Za pośrednictwem krakowskiéj Izby handlowo-przemysłowéj otrzymała Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. zawiadomienie o mającéj się odbyć międzynarodowéj wystawie balneologicznéj w Frankfurcie nad Menem. Program téj wystawy obejmuje: wody mineralne, ich produkta i przetwory, narządy do czerpania wody, urządzenia łazienek, przyrządy balneoterapeutyczne, meteorologiczne, leczniczo-gimnastyczne, urządzenia dotyczące kanalizacyi i wywózki w zdrojowiskach itd. w ogóle wszystko co tylko w związku z balneologiją zostaje lub w jéj zakres wchodzi nie wyjmując statystyki i literatury balneologicznéj. Ponieważ ma to być wystawa międzynarodowa byłoby bardzo pożądaną rzeczą, aby i zarządy zdrojowisk naszych wzięły w niéj udział. Mimo że kraj nasz w zdroje róznego rodzaju obfituje, są one lekarzom zagranicznym prawie zupełnie nieznane, międzynarodowa wystawa frankfurcka nastręcza sposobność zwrócenia uwagi świata lekarskiego na nasze zdroje polecamy przeto wystawę tę uwadze zarządów i lekarzy zdrojowych namieniając. że trwać będzie od 1 maja aż po koniec września 1881 r. a chcący w niéj wziąść udział winni zapowiedzieć tenże po koniec października rb.

(*G.*) W Nrze tym zamieszczamy streszczenie rozprawy inauguralnéj Dra Leona Świderskiego nadesłane nam przez autora. Autor, który 12 sierpnia br. otrzymał stopień doktora medycyny w Marburgu, jest synem wielce cenionego lekarza poznańskiego Radcy zdrowia Dra Władysława Świderskiego a siostrzeńcem zawcześnie dla literatury zmarłego śp. Dra Mizerskiego.

Rozprawa inauguralna, o któréj mowa, nie jest kompilacyją jak zwykle bywają rozprawy inauguralne, ale oparta jest na postrzeganiu i badaniu mikroskopijném przypadku szkorbutu, który autor miał sposobność widzieć w szpitalu wiesbadeńskim. W rozprawce Dra Świderskiego przebija dar spostrzegania wiele obiecujący, spodziewamy się téż, że autor nie poprzestanie na téj pracy, ale dotrzyma przyrzeczenia, jakie w końcu czyni i dalsze badania ogłosić się nie omieszka.

(*G.*) Rzadko się zdarza, aby nakład czasopisma lekarskiego został przez c. k. Prokuratoryję skonfiskowanym i to jeszcze nie za wycieczki osobiste, przydarzyło się to *Wien. med. Presse*, która w ostatnim Nrze zamieściła omówienie dzieła przez prof. Dra Hyrtla wydanego: *Onomatologia anatomica* przytaczając kilka ustępów z tego dzieła. Z powodu jednego z tych wyjątków nastąpiła konfiskata nakładu.

(*G.*) Odbywający się obecnie w Gdańsku doroczny zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich za miejsce przyszłorocznego zjazdu obrał Salcburg.

(*G.*) Międzynarodowy kongres higijeniczny, który się w początku bm. odbył w Turynie, uchwalił jednogłośnie na wniosek Dra Finkelnburga wezwać Rządy o ustanowienie międzynarodowéj komisyi zdrowia, któréj utworzenie już konferencyja międzynarodowa lekarska za powodem Rządów w Wiedniu w r. 1872 zebrana doradzała.

(*G.*) Wedle nadesłanych nam wykazów było w Cieplicach czeskich do d. 14 bm. 10.612 osób.

(*G.*) **Warszawa**. Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego Dr. Szokalski zdawał sprawę z obrotu funduszów na album ofiarowane przez lekarzy w r. zeszłym Jubilatowi J. I. Kraszewskiemu. Dochód wynosił 946 rsr., rozchód 700 rsr., pozostałość w kwocie 246 rsr. odesłano na ręce Jubilata, a ten kwotę tę włączył do funduszu „Macierzy."

Nekrologija. W Warszawie umarł Dr. Mateusz Fonberg, licząc lat 40.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 37—38: Dr. Obaliński: Przypadek wydobycia kamienia cięciem wysokiém; Dr. Bieliński: Kilka słów o wolu panującym endemicznie w powiecie Słobodzkim gub. wiatskiéj; Wolberga: O zszywaniu, odtwarzaniu się i naciąganiu nerwów (c. d.); Dr. Kośmińskiego: Praktyczne przykłady oznaczania refrakcyi, akomodacyi i ostrości widzenia.

Redakcyja otrzymała:

Dra FIAŁKOWSKIEGO (z Dynaburga): Die scorbutischen Augenerkrankungen. (Odbitka z Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde).

Dra T. ŻULIŃSKIEGO: W jakim wieku ze względów higijenicznych nauka szkolna zaczynać się winna. (Odbitka z Szkoły).

Dla członków Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego dołącza się: Regulamin Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. 8 telcla.